

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE DES TROMPES (SALPINGOPLASTIE-SALPINGECTOMIE-GEU)

→ PATIENTE

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

Microchirurgie tubaire par laparotomie

Salpingectomie bilatérale par coelioscopie

Salpingectomie par coelioscopie

Salpingectomie par laparotomie

Salpingoplastie

DANS QUELLES CIRCONSTANCES DOIT-ON PRATIQUER UNE OPÉRATION SUR LES TROMPES ?

Schématiquement dans trois situations :

- Lorsque les trompes sont obturées entraînant donc une infertilité féminine et qu'il semble possible de les « déboucher » (salpingoplastie)
- Lorsque les trompes sont obturées et qu'il n'est pas possible de les « déboucher », le chirurgien peut proposer de les enlever (salpingectomie) avant de pratiquer une fécondation in vitro (FIV), dans le but d'accroître les chances de grossesse de la FIV. On admet que des trompes présentant un hydrosalpinx, c'est-à-dire une obturation distale de la trompe avec dilatation importante, diminue les chances de succès de la FIV dans une proportion de 50%.
- Lorsqu'il existe une grossesse extra utérine (GEU), c'est-à-dire lorsque l'embryon au lieu d'atteindre l'utérus effectue sa nidation dans la trompe et commence à se développer, entraînant un risque important d'hémorragie ou/et de rupture de la trompe.
Dans ce cas, le traitement est soit médical ou chirurgical, avec ou sans ablation de la trompe. Le choix de la technique dépendant très largement du stade auquel la GEU est diagnostiquée.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Hormis certains cas de grossesse extra-utérine (GEU) où un traitement médical est susceptible de stopper l'évolution de la grossesse, dans tous les autres cas seul le traitement chirurgical est possible.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le traitement chirurgical va se faire en général par coelioscopie, et dans certains cas peu fréquent, par microchirurgie avec laparotomie par voie abdominale.

Traitement par coelioscopie

Pour ce faire, le chirurgien commence à insuffler quelques litres de gaz carbonique dans l'abdomen au moyen d'une aiguille ou d'un tube fin (c'est ce qu'on appelle le pneumopéritoine). Une optique est ensuite introduite par une courte incision ombilicale de l'ordre du cm. Là aussi, l'intervention est suivie sur un écran vidéo.

2 à 3 courtes incisions (de 5 à 10mm) sont pratiquées dans la partie basse de l'abdomen.

Elles servent à introduire les instruments opératoires à travers des tubes spéciaux appelés trocars. L'incision ombilicale est « l'œil » de l'opérateur, les autres incisions sont « ses mains ».

Les trompes vont ensuite être ouvertes et leur éversion maintenue en général par des fils très fins ou enlevés et extériorisés par une des petites incisions abdominales ayant servi à introduire les instruments.

Traitement par laparotomie

Lorsque l'obturation des trompes se situe à leur origine près de l'utérus (cas le moins fréquent), une intervention de microchirurgie peut être proposée. Elle consiste, sous microscope, à enlever les quelques mm de trompes obturées puis, toujours sous microscope, à réaliser une anastomose remettant les trompes en circuit.

En cas de grossesse extra-utérine ; la trompe malade est soit enlevée, soit ouverte, puis l'œuf est enlevé et la trompe est généralement laissée ouverte et cicatrise toute seule.

Il est à noter que le « plan » opératoire initial, par exemple « réparation des trompes », ablation par cœlioscopie, peut être modifié en cours d'intervention si des circonstances locales l'exigent. En particulier, le chirurgien peut décider que la ou les trompes sont trop endommagées et ne peuvent être conservées.

Il est indispensable que vous consentiez explicitement après discussion avec votre chirurgien à une telle modification préalablement à l'intervention.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Aucune intervention n'est complètement dénuée de risques !

COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

→ Blessure des organes proche du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie), leur blessure accidentelle peut être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle.

Dans de rarissimes cas, une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel pendant quelques semaines) peut être nécessaire.

→ Hémorragique : une hémorragie abondante peut survenir, habituellement rapidement jugulées mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins. Les complications de ces transfusions, en particulier le risque de transmission de maladies infectieuses type hépatite ou sida sont devenues exceptionnelles et font l'objet d'un protocole spécial de suivi.

→ Compression des nerfs ou des parties molles : ces cas sont extrêmement rares et dus à une mauvaise position pendant l'intervention. Les lésions disparaissent en règles spontanément dans les semaines qui suivent et il est très rare que persistent des sensations de fourmillements ou d'engourdissements. Cela s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants ou au courant électrique.

COMPLICATIONS APRÈS L'INTERVENTION

→ Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir, en général facilement maîtrisées.

→ Hémorragies secondaires très rares mais pouvant imposer une réintervention, voire une transfusion.

→ Une occlusion intestinale est possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter une ré-intervention s'il existe une adhérence ou une torsion de l'intestin sur lui-même.

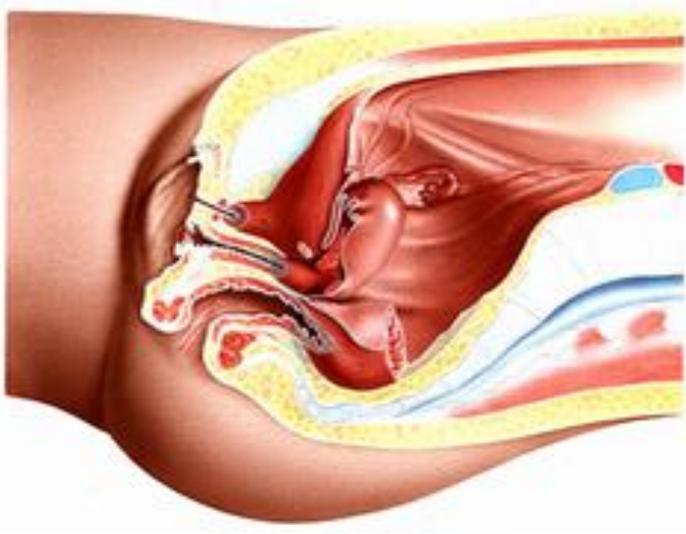
→ Complications générales comme une phlébite, voire une embolie pulmonaire là aussi extrêmement rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée.

→ Fistules (communication anormale entre deux organes), elles sont exceptionnelles mais nécessitent en général un geste opératoire complémentaire.

SUITES À PLUS LONG TERME

Toute intervention ayant trait à l'infertilité n'est jamais certaine de réussir. Dans le cas de la chirurgie des trompes, celles-ci peuvent se ré-obturer ou ne jamais permettre la grossesse.

Il est donc indispensable d'envisager le pourcentage attendu de réussite avant ce type d'intervention, en sachant que toutes situations confondues le taux de grossesse dépasse rarement 65 %.



Date de remise au patient (e) :

Date et Signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher